IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 162)
z dnia 6 kwietnia 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 162)

6 kwietnia 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Anny Kwiecień (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat opieki bariatrycznej w polskim systemie ochrony zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Elżbieta Przybylska** oraz **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Witam pana ministra wraz ze znakomitym zespołem współpracowników. Szanowni państwo, pragnę poinformować, że posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Szanowni państwo, w tej chwili przystąpimy do sprawdzenia kworum. Bardzo proszę, wszyscy, którzy są na sali, głosują. Ci państwo, którzy są zdalnie, też głosują. Mamy kworum, czy tak? Czyli stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat opieki bariatrycznej w polskim systemie ochrony zdrowia. Ta informacja będzie przedstawiona przez pana ministra Kraskę, którego jeszcze raz bardzo serdecznie witamy.

Mam pytanie, czy państwo przyjmują proponowany porządek dzienny. Nie słyszę uwag, tak więc uważam, że porządek dzienny został przyjęty i przystępujemy do jego realizacji. Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, rzeczywiście otyłość nie tylko w naszym kraju, ale i na całym świecie staje się bardzo poważnym problemem – przyjmującym nawet rozmiar globalnej epidemii. W 2018 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała dane, z których wynikało, że nadwaga i otyłość na świecie dotyka ponad 1,9 mld dorosłych, czyli to jest 39% populacji w wieku powyżej 18. roku życia. Natomiast otyłość dotyczyła prawie 1/3 tej grupy osób, czyli 650 mln. Zarówno w przypadku dorosłych mężczyzn, jak i kobiet, populacja osób z nadwagą lub otyłością zwiększyła się o 1 punkt procentowy w czasie ostatnich pięciu lat. Najnowszych danych jeszcze nie mamy, ale myślę, że także okres pandemii koronawirusa i lockdownu przyczynił się do tego, że niestety, jeżeli chodzi o nadwagę i otyłość, będzie to kolejny problem, z którym będziemy musieli się zmierzyć po okresie pandemii koronawirusa.

Otyłość jest istotnym wyzwaniem dla całego zdrowia publicznego. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na wiele chorób, takich jak na przykład cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroba niedokrwienna serca, obturacyjny bezdech senny, choroba zwyrodnieniowa stawów czy nawet depresja. Ponadto otyłość sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu. Łączne koszty medyczne ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia związane z leczeniem i konsekwencjami otyłości są zatem bardzo trudne do ogólnego oszacowania.

Oprócz generowania wysokich nakładów finansowych na opiekę zdrowotną otyłość stanowi przyczynę kosztów społecznych i gospodarczych w postaci utraconej produktywności, niższej wydajności pracy, śmiertelności i trwałej niepełnosprawności. Analizy zaprezentowane w raporcie badawczym przygotowanym przez ekspertów Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego wskazują, że koszty pośrednie utraconej produktywności świadczeniobiorców z otyłością, szacowane metodą kapitału ludzkiego, wyniosły w 2015 r. 77,5 mld zł, a w roku 2016 już 85,1 mld zł. Dynamika zmian rok do roku kształtowała się na poziomie 110%.

Otyłość to choroba powodująca także czasową niezdolność do pracy zarówno mężczyzn, jak i kobiet. W 2016 r. stanowiła ona przyczynę wydania zaświadczeń lekarskich w 5,4 tys. przypadków, co dało łączną liczbę 102,8 tys. dni absencji chorobowej. Jak wynika z analizy raportu, w stosunku do roku 2015 liczba zaświadczeń lekarskich wystawionych w związku z otyłością wzrosła o ponad 15%. Należy zauważyć jednak, że faktyczne koszty ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych są wielokrotnie wyższe, ponieważ otyłość stanowi przyczynę wielu zagrażających zdrowiu i życiu chorób.

Na podstawie badań, które są realizowane przez nasze instytuty, także przez Państwowy Zakład Higieny, przeprowadzonych w latach 2019–2020, zauważono, że nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet. Jeżeli popatrzymy na otyłość, to te proporcje są już mniejsze i dotyczy to 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet, czyli panie w tej statystyce otyłości niestety dogoniły mężczyzn. Jeżeli popatrzymy na tak zwaną otyłość olbrzymią – to jest otyłość, w przypadku której BMI jest powyżej 40 – jest to 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet.

W celu rozwiązania wskazanych problemów w opiece nad chorymi z otyłością olbrzymią konieczne było wprowadzenie racjonalnych rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej nad tą grupą świadczeniobiorców mających na celu zapewnienie ciągłości, kompleksowości i koordynowanej opieki nad tymi pacjentami, a także sprawdzenie efektywności tej opieki. W związku z powyższym został wprowadzony model koordynowanej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią. W sierpniu 2021 r. zostało wydane rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej. W skrócie ten program nazywa się KOS-BAR.

Oczekiwanym efektem programu pilotażowego jest jak najszybszy powrót do aktywności zawodowej, niższa skala występowania powikłań, skrócenie czasu hospitalizacji, ale także zmniejszenie kosztów ponoszonych przez państwo, pacjentów i ich rodziny. Do programu pilotażowego wytypowaliśmy 15 ośrodków koordynujących, które posiadały doświadczenie w realizacji procedur medycznych z zakresu chirurgii bariatrycznej, a także wykonały w roku 2019 co najmniej 130 zabiegów chirurgicznych leczenia otyłości wykonanych dwiema różnymi technikami. Koszt tego programu pilotażowego wyniesie 70 811 000 zł.

Program pilotażowy obejmuje świadczeniobiorców, czyli pacjentów od 18. roku życia, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z pewnym kodem rozpoznania, to jest E66 – otyłość spowodowana nadmierną podażą energii kwalifikująca się do leczenia chirurgicznego na podstawie kryteriów klinicznych. Ta ocena kliniczna jest przeprowadzana w takim ośrodku. BMI musi być równy lub wyższy niż 40. Wiek powyżej 18. roku życia, ale także jeżeli BMI jest między 30 a 40 likwidacja nadmiernej wagi ciała sposobem chirurgicznym może przynieść poprawę w zakresie innych chorób, które wywołują otyłość.

Warto wskazać, że tym programem pilotażowym nie są objęci pacjenci, u których stwierdzamy nieuleczalne choroby wyniszczające, choroby stanowiące zagrożenie życia czy też, jeżeli podłożem otyłości są choroby endokrynologiczne, także zaburzenia krwi i inne czynniki, jak uzależnienie od alkoholu czy narkotyków. Ten program KOS-BAR obejmuje przygotowanie pacjenta do zabiegu bariatrycznego, czyli poradę, ocenę jego stanu zdrowia, liczne badania i konsultacje specjalistyczne.

Następnym etapem jest opieka przedoperacyjna. To jest dość długi okres, bo nawet od trzech do sześciu miesięcy, kiedy to zespół wielospecjalistyczny przygotowuje pacjenta do tej operacji. To są pacjenci bardzo, bardzo otyli, więc ta operacja jest czasem długa

i skomplikowana. W skład tego zespołu wchodzi nie tylko chirurg, ale także specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog, anestezjolog, rehabilitanci medyczni i wielu innych pracowników służby zdrowia – dietetyk, psycholog, bo tutaj, proszę państwa, jest to bardzo ważne. Ja ze swego doświadczenia, mimo że nie osobistego, wiem, że sam zabieg operacyjny jest tylko częścią tego procesu leczenia. Myślę, że współdziałanie tego całego zespołu, i dietetyka, i psychologa szczególnie, jest bardzo ważne, ponieważ samo – mówiąc brzydko – mechaniczne zmniejszenie wielkości żołądka nie spowoduje tego, że pacjent przestanie jeść, przestanie się odżywiać, bo można to bardzo łatwo ominąć poprzez zamienienie pokarmów stałych na pokarmy płynne. Tak więc ten aspekt psychologiczny jest bardzo ważny. Zatem my na to postawiliśmy bardzo mocno, żeby tą opieką przed zabiegiem, ale i po zabiegu, pacjent był objęty. Potem jest już sama operacja. Oczywiście po operacji pacjent jest wypisany do domu i zaczyna się właśnie rehabilitacja i leczenie psychologiczne, aby ten efekt, który otrzymujemy po operacji bariatrycznej, był jak największy.

Wielokrotnie zdarza się, że pacjent, który z powodu otyłości był leczony na cukrzycę, po operacji bariatrycznej praktycznie przestaje używać leków przeciwcukrzycowych. Z monstrualnej liczby dawek insuliny schodzi czasem do zera. Wystarczy dieta bezcukrowa, żeby to zachować. Jest to więc jakby zysk dla pacjenta, ale także dla całego systemu, bo tych leków już wtedy nie trzeba używać. Cukrzyca, nadciśnienie, choroba zwyrodnieniowa stawów – to jest cały aspekt różnych problemów, które wiążą się z dużą otyłością.

Do tego programu pilotażowego zostały włączone w tej chwili podmioty z dziewięciu województw. To województwa: warmińsko-mazurskie, mazowieckie, pomorskie, dolnośląskie, podlaskie, lubelskie, małopolskie i łódzkie. Myślimy także o poszerzeniu liczby tych ośrodków, które będą to wykonywać. Warunkiem jest to, aby ten zespół, który jest w danym ośrodku, był zespołem wykwalifikowanym. Dlatego liczbę tych operacji ustaliliśmy na poziomie 190, aby była pewność, że w tym ośrodku pacjent otrzyma dobrą opiekę.

To nie jest tak, że pacjenci tylko w tym pilotażu są operowani, bo jeżeli popatrzymy na zabiegi chirurgiczne, to także jest to rozliczane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w postaci operacji chirurgicznych otyłości. Jednak te ośrodki, które wskazaliśmy, są jakby ośrodkami referencyjnymi, które zajmują się leczeniem pacjentów właśnie z tą bardzo dużą otyłością.

Warto zauważyć, że ten program pilotażowy, trwający już określony czas, realizowany jest także poprzez umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Myślę, że ta opieka i wycena tych procedur jest na odpowiednim poziomie. To było oceniane przez AOTMiT, więc myślę że zachęca to także te ośrodki do tego, aby prowadzić tę terapię.

Jeżeli popatrzymy na liczbę świadczeń związanych z leczeniem otyłości, które są udzielane, musimy założyć, że w ciągu najbliższych miesięcy zdecydowanie wzrośnie liczba produktów i osób, które będą musiały skorzystać z takiej drogi, ponieważ po okresie dwuletniej pandemii obserwujemy w tej chwili wzrost liczby osób z nadwagą. Jest to widoczne także, jeśli popatrzymy na dzieci i młodzież, bo nauka zdalna sprzyjała temu. Niestety aktywność fizyczna najmłodszych także była zdecydowanie ograniczona. Prowadzimy więc programy profilaktyczne na poziomie szkoły, aby ta młodzież wróciła do normalnej wagi, ale to na pewno jest problem, nad którym trzeba się bardzo głęboko pochylić, bo jeśli dziecko w swoim okresie wzrastania – mówiąc brzydko – wyprodukuje ileś komórek tłuszczowych, to one w organizmie zostają już do samego końca.

To tak na początek, pani przewodnicząca. Oczywiście jeśli będą jakieś pytania, postaramy się na nie odpowiedzieć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie ministrze, bardzo dziękuję za informację, natomiast musimy sobie uświadomić, że bariatria jest tym ostatnim etapem leczenia otyłości. Od wielu lat zmagamy się jako nie tylko Polska, ale cała Europa z problemem otyłości. Myślę, że nie udało się nam dotąd zorganizować skutecznego systemu profilaktyki i zwalczania otyłości. Ja już wiele

lat temu proponowałem, i grupa, z którą współpracowałem – jeszcze wtedy był Instytut Żywności i Żywienia – podjęcie takiego działania, począwszy od edukacji dzieci w szkołach. Myślę, że należałoby się zastanowić nad tym.

Mamy dużo absolwentów dietetyki, wyższych szkół, którzy mają licencjaty. Oni często nie znajdują zatrudnienia, a ja wiele, wiele lat temu w Niemczech widziałem zajęcia, właśnie w szkołach, z dietetykami. Były tam specjalne sale wyposażone w sprzęt do przygotowywania posiłków, produkty. W szkole właśnie dietetyk uczył dzieci prawidłowego żywienia. Chyba nie mamy innej drogi niż trafienie do świadomości rodziców poprzez edukację dzieci. Dlatego pierwsza propozycja byłaby taka, żeby pomyśleć o tym, żeby w szkołach zatrudnić dietetyków i wprowadzić zajęcia. Kiedyś, za moich czasów, to były zajęcia techniczne, a dzisiaj myślę że byłoby wskazane wprowadzenie zajęć z dietetyki i nauczania zasad prawidłowego żywienia.

Druga sprawa. Po to, żeby te osoby nie trafiały w końcu do bariatry – ja wiem, że jest mało lekarzy – powinniśmy stworzyć skuteczny sposób docierania do diagnostyki. Wiem, że dzisiaj jest RODO i to może być trudne, ale pielęgniarki robią dzieciom badanie, w którym obliczają BMI. Stwierdzenie podwyższonego BMI mogłoby być podstawą do tego, żeby poinformować o tym rodzica i kierować do lekarza rodzinnego, ale nie po to, żeby leczył – bo nie oszukujmy się, lekarze rodzinni tym nie chcą się zajmować i nie będą się zajmować – ale po to, żeby zdiagnozował, czy nie ma innej przyczyny, czy przyczyną tej otyłości jest jakaś choroba endokrynologiczna, czy też przyczyną tej otyłości są błędy żywieniowe, i jeżeli jest to choroba endokrynologiczna, to skierowanie na dalsze leczenie.

Myślę, że w miastach powiatowych powinny być zorganizowane poradnie leczenia zaburzeń odżywiania, w których należałoby zatrudnić lekarza, który tylko tym by się zajmował, psychologa, fizjoterapeutę – i takie dziecko kierować na przykład na okres roku na tego typu zajęcia. Natomiast poradnie bariatryczne powinny być w każdym mieście wojewódzkim, bo to powinno być ostatecznością, jeżeli chodzi o leczenie.

No i to, co wszystkim nam się marzy – myślę, że państwu też – wprowadzenie zdrowych, zbilansowanych posiłków za darmo dla wszystkich dzieci w szkołach, dlatego że dzisiaj zajęcia w szkołach często trwają do godziny szesnastej, siedemnastej. My jako lekarze wiemy, że są odpowiednie godziny fizjologiczne do spożycia posiłku, że często dzieci nie dostają śniadań nie dlatego, że rodzina jest biedna, tylko dlatego, że takie są u nas przyzwyczajenia i nawyki, że śniadań się nie przygotowuje. Daje się dziecku 5 zł, za które ono kupuje słodycze. Myślę więc, że takim naszym wspólnym marzeniem byłoby sfinansowanie przez państwo zbilansowanych, zdrowych posiłków w szkołach i trochę zmiana rozkładu lekcji, czyli nie 15 czy 20 minut na ten posiłek, tylko minimum 40 minut.

To jest wielka praca, wielka odpowiedzialność zarówno dla Ministerstwa Zdrowia, jak i Ministerstwa Edukacji i Nauki. Dobrze by było, gdybyśmy nie tylko rozmawiali – jestem pełen uznania dla tego, co bariatrzy robią – ale pomyśleli o zorganizowaniu takiego naprawdę kompleksowego działania, począwszy od małych dzieci, bo wtedy to się zaczyna. Tak jak pan minister powiedział, gdy wybudują się komórki tłuszczowe, to one już na zawsze w organizmie zostają. No i koszty, o których pan minister mówił, że to są miliardy złotych, bo to są nie tylko choroby układu krążenia, cukrzyca, ale również nowotwory, często zaburzenia układu ruchu, to jest w końcu wykluczenie tych ludzi z pracy. Oni mają dużo zwolnień, w związku z czym państwo ponosi konkretne straty z powodu wypłacania L4. Myślę więc, że naszym wspólnym marzeniem byłoby to, żeby taki program powstał i żeby móc go sfinalizować.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle.

Bardzo proszę, panie pośle – pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, pani przewodnicząca, ten tok, o którym mówił pan doktor Miller, jest dla nas oczywiście kierunkowo jednoznaczny. Te dane, które są przytoczone – prawie 66% powyżej 15. roku życia mężczyzn i kobiet z nadwagą i otyłością

– są dramatyczne. Dlatego musimy chyba przede wszystkim mniej mówić o bariatrii, a więcej o profilaktyce i promocji.

Od wielu lat mówimy, że powinien być przedmiot w szkole, który mówiłby o nauce o zdrowiu, o zdrowym odżywianiu, o aktywnym spędzaniu wolnego czasu, bo – co powiedzieliśmy – jeżeli ta skorupka nie nasiąknie za młodu, to później jest trochę za późno. Parę lat temu, siedem, osiem, mieliśmy nawet tutaj, w parlamencie polskim, bardzo fajne spotkania trzech resortów – resortu zdrowia, resortu edukacji i resortu sportu. Mówiliśmy o zdrowym odżywianiu, o aktywności fizycznej dzieci i młodzieży, o tych kioskach, sklepikach szkolnych. Trochę to nam nie wyszło, mówiąc najbardziej delikatnie, bo był już taki etap, że zdrowa żywność miała trafiać do sklepików, a stało się trochę inaczej. Najczęściej – co mówił pan poseł Miller – rodzice dadzą dziecku 5-10 zł, żeby kupiło sobie dobrą bułkę w szkole, a okazuje się, że po drodze kupi pączka i coca colę i to jest właściwie cały posiłek. Dlatego przede wszystkim profilaktyka, promocja zdrowia. To powinno być podstawą tych naszych dyskusji i jednak próba, mimo wszystko, wprowadzenia takiego przedmiotu. Nie tylko samych dietetyków czy też edukatorów z odżywania, ale przedmiotu, który by od III, IV klasy szkoły podstawowej nauczał o odżywianiu, o zdrowiu, o profilaktyce, o aktywnym spędzaniu czasu i zagrożeniach dzisiejszych czasów, kiedy to komputer, smartfon, iPad dominują w rękach młodych ludzi, a namówienie ich na jakąkolwiek aktywność fizyczną jest bardzo trudne. To powinno być chyba naszym zadaniem.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo dziękuję.

Pani poseł Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, ja mam kilka refleksji. Ja już nie będę starała się powtarzać tego, co tutaj padło, bo mam wrażenie, że tutaj wszyscy się zgadzamy. Są wytyczne dotyczące tego, jak leczyć, jak podchodzić do pacjentów otyłych, do osób grubych. Tam jest masa rekomendacji, które – mam wrażenie – łatwo byłoby wprowadzić w życie. Jest to możliwe. Na przykład obok zmiany nawyków żywieniowych i aktywności ruchowej proponować farmakoterapię, a w razie potrzeby psychoterapię. W diagnostyce oprócz BMI uwzględniać ilość i dystrybucję tkanki tłuszczowej w organizmie oraz ich wpływ na stan zdrowia chorego. Rozpoznawać pierwotną przyczynę zaburzonego bilansu energetycznego, na przykład zaburzenia odżywiania. W idealnym scenariuszu chorego na otyłość kierować do ośrodka specjalistycznego, w którym objąłby go opieką lekarz obesitolog we współpracy z dietetykiem, psychologiem i fizjoterapeutą. Jeżeli lekarz nie potrafi lub nie chce zajmować się leczeniem otyłości, po jej zdiagnozowaniu może skierować pacjenta do innego lekarza.

Ja we współpracy z influencerkami z Instagrama, które zajmują się właśnie otyłością i tym, jak nasze społeczeństwo bardzo nie radzi sobie z osobami grubymi – mamy bardzo duży problem z fatfobią – poprosiłam je, aby przygotowały ankietę na temat dostępu do ochrony zdrowia i tego, jak ten kontakt z ochroną zdrowia w przypadku osób grubych wygląda. No i on wygląda bardzo źle. To znaczy bardzo dużo osób zaznaczyło opcję, że przestało korzystać… To jest ponad 800 odpowiedzi. Chyba 1/3 zaznaczyła, że przestała korzystać z systemu ochrony zdrowia, ponieważ była źle traktowana przez lekarzy i lekarki, w ogóle przez system ochrony zdrowia. Tam jest bardzo dużo odpowiedzi typu: złe diagnozowanie ze względu właśnie na otyłość. To znaczy na przykład, że przychodzi pacjentka i mówi, że spadła ze schodów i jest problem taki, że kostka ją boli, a mówi się jej w odpowiedzi, że powinna schudnąć, to kostka przestanie boleć – i nie robi się prześwietlenia. Tego typu odpowiedzi jest tam cała masa.

My trochę umówiliśmy się z ministrem Miłkowskim, że przygotujemy takie propozycje dla ministerstwa, co można zrobić, żeby to usprawnić. Wstępnie mamy je przygotowane. Będziemy pewnie prosić o takie spotkanie, ale też chciałabym, żeby to jednak było pewnym priorytetem ministerstwa, ponieważ to są rzeczy, które w dużej mierze

można wprowadzić bezkosztowo, które bardzo by poprawiły dostęp do ochrony zdrowia osób otyłych i mogłyby usprawnić ten proces i sprawić, że te osoby, które miały bardzo złe doświadczenia z systemem ochrony zdrowia, wróciłyby do tego systemu i mogłyby liczyć na leczenie, ponieważ jest to też opłacalne dla systemu. Jeżeli będziemy wykrywać choroby wcześniej i leczyć we wcześniejszym stadium, to myślę, że to będzie również z korzyścią finansową.

I na koniec może tak ku refleksji powiem, że tam jest też opisana jedna sytuacja osoby cierpiącej na nowotwór, mówiącej, że boli ją noga… To znaczy wtedy jeszcze nie wiedziała, że cierpi na nowotwór. Gdy mówiła, że boli ją noga, to słyszała, że jest problem z tym, że powinna schudnąć i pewnie gdy schudnie, to przestanie boleć. Dopiero później się okazało, że ten nowotwór był już w dosyć zawansowanym stadium.

Ale z dobrych rzeczy, taka refleksja również po COVID-19, że przez te dwa lata, kiedy funkcjonowały teleporady, osoby grube, które do tej pory nie miały dobrych kontaktów z ochroną zdrowia, mówiły o tym, że w związku z tym, że nie miały kontaktu bezpośredniego z lekarzami i lekarkami, tę pozytywną zmianę zauważyły. To znaczy przez to, że lekarz ich nie widział, traktował poważnie ich objawy, dostawały skierowania na różne badania i udawało się tę diagnostykę poprawić. Mam więc wrażenie, że tutaj trzeba również wykonać pracę u podstaw, czyli na studiach i na późniejszym poziomie już pracy z pacjentem, bo wydaje mi się, że tutaj dałoby się trochę poprawić i nie musielibyśmy dochodzić do tego momentu, kiedy potrzebna jest operacja.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję.

Pani przewodnicząca, panie ministrze, takie pytanie. Wiadomo, że osoby otyłe, także z otyłością olbrzymią, cierpią na całą masę chorób współistniejących czy współtowarzyszących i często są pacjentami szpitali lub wzywają zespoły ratownictwa medycznego. Pytanie moje dotyczy tego, ile w systemie jest karetek bariatrycznych, czyli takich, które mają nosze przystosowane do udźwigu większego niż standardowy. Standardowy to około 130 kg, natomiast karetki bariatryczne nierzadko mają nosze przystosowane do nośności 400 kg razem z hydrauliczną rampą załadunkową. Z informacji, do jakich ja dotarłem, wynika, że Warszawa ma tylko jedną taką karetkę, ma ją Kraków, ma Szczecin. Natomiast jak to wygląda w systemie?

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Bardzo dziękuję.

Ja jeszcze pozwolę sobie podzielić się takimi przemyśleniami. Szanowni państwo, ja mam wrażenie, że żyjemy teraz w takim oto czasie, że bardzo często zdejmujemy z ludzi odpowiedzialność za własne zdrowie, za to, jak się odżywiają. Mówimy – a to za mało programów, programów profilaktycznych. Ja pamiętam, że za moich młodych lat nie było na każdej ulicy siłowni, nie było siłowni na powietrzu, ale też nie było tylu produktów, które sprzyjają otyłości. Nie było na przykład napojów wysokosłodzonych, nie było czipsów, nie było mnóstwa rzeczy, które dzisiaj dzieci jedzą kilogramami. I mam wrażenie, że my ciągle mówimy o zdrowym żywieniu i o edukacji w stosunku do dzieci, a tak naprawdę należałoby zacząć edukować rodziców niestety, bo widzę matki, które kupują małym dzieciom duże ilości słodyczy, czipsów, więc za chwilę będziemy mieć ten problem.

Należałoby więc się zastanowić nad kwestią reklam – ja tak wracam do tej profilaktyki – natomiast ciągłe jakby obarczanie systemu państwa i mówienie, że to, to, to powinniśmy zrobić, to jest absolutnie takie zdejmowanie odpowiedzialności każdego z nas za własne zdrowie, za dbałość o własne zdrowie. Moim zdaniem musimy też zdawać sobie z tego sprawę, że owszem, profilaktyka tak, ale też nie starajmy się obarczać wszystkich za pewne decyzje, które każdy człowiek myślący musi podejmować. Rodzic też odpowiada za swoje dziecko, za jego stan zdrowia i za to, żeby dbać i wychowywać.

Ja pamiętam – tak jak powiedziałam – za naszych czasów nie było tej profilaktyki. Nikt nie myślał o tym, żeby nas edukować, a mieliśmy podwórko, trzepak, gumę, skakankę, proszę państwa, dużo skromniej się jadło i nie było otyłości. Dzisiaj mamy dostęp do całych programów edukacyjnych, do psychoterapeutów, do ochrony zdrowia. Przecież ten obszar pojawił się w medycynie właściwie nie tak dawno. Jeszcze 20, 30 lat temu właściwie w polskiej medycynie nie mówiło się na ten temat. Dlatego ja chylę tutaj czoła przed wszystkimi pracownikami, którzy tym się zajmują, ale zastanówmy się przede wszystkim, jak też edukować rodziców w tym zakresie. Może zastanówmy się nad kwestią reklamy, a nie tylko oczekujmy, że system ochrony zdrowia, że państwo udźwignie ten problem w tym obszarze. Taka moja drobna refleksja.

Dlatego dziękuję tutaj wszystkim, a szczególnie ministerstwu za tę obszerną informację. Oczywiście, co da się zrobić, trzeba robić, ale żebyśmy też nie próbowali zdejmować odpowiedzialności z rodziców za to, co się dzieje. Może państwo się nie zgadzacie, natomiast to są moje przemyślenia.

Tak więc dziękuję bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję za te wszystkie państwa uwagi. Ja w swoim wystąpieniu nie mówiłem o dzieciach, o tych najmłodszych, bo temat dzisiejszego posiedzenia Komisji to opieka bariatryczna, ale podobny program chcemy także skierować, jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, bo też ten problem dostrzegamy.

Rzeczywiście opieka nad tą grupą najbardziej otyłych pacjentów, czyli powyżej 40 BMI, co przedstawiłem, to przede wszystkim opieka chirurgiczna, czyli leczenie chirurgiczne. Jednak przed dojściem do tego etapu jest zdecydowanie wiele innych metod, które potrafią zmniejszyć masę ciała, zaczynając od porad dietetyków, porad psychologów czy też leczenia farmakologicznego, bo w tej chwili są leki, które ograniczają nasze łaknienie i pomagają w redukcji masy ciała. Aczkolwiek ja zawsze podkreślam, że przeważającym czynnikiem – trudno mi w tej chwili w procentach to określić – jest czynnik psychologiczny. Na to też kładziemy bardzo duży nacisk.

Na pewno kiedyś żyliśmy w innym środowisku. Tak jak pani przewodnicząca powiedziała, nie było pewnych czy to napojów wysokoenergetycznych, czy potraw. Młodzież miała więcej ruchu. W tej chwili wydaje się nawet, że te możliwości są zdecydowanie jeszcze większe niż kiedyś, bo różnorodność jest duża, tylko żeby z tego korzystać. Jednak ja już kiedyś na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu mówiłem o przyczynach nadwagi u dzieci. Niestety te nawyki, jeżeli mówimy o nawykach dietetycznych czy o ruchu, trzeba wynosić z domu. To na pewno jest ważne. Jeżeli rodzice są aktywni fizycznie, to dzieci na pewno tych nawyków w domu nabierają. Jeżeli jednak dziecko jest już otyłe – niezmiennie nad tym ubolewam – to rodzice czasem wymuszają na lekarzach rodzinnych, żeby dziecko zwolnić z zajęć z wychowania fizycznego tylko dlatego, że krępuje się rozebrać przed rówieśnikami. To jest jakby zamknięte koło – nie chodzi na lekcje wf-u, czyli dalej nabiera masy ciała, co niestety bardzo źle się odbija na jego psychice, ale też na zdrowiu.

My współpracujemy z Ministerstwem Edukacji i Nauki, prowadzimy pewne programy, które w szkole będą promowały zdrowe żywienie. Tak jak pan przewodniczący powiedział, kiedyś były lekcje z zajęć technicznych – tak to się nazywało. Robiliśmy jakieś sałatki, przyszywaliśmy guziki, robiliśmy takie proste rzeczy. Tego już w tej chwili nie ma, ale myślę, że wracamy do tego z nostalgią, bo to był nasz najpiękniejszy czas, ale to są rzeczy tak proste i wbrew pozorom potrzebne, że sądzę, że do pewnych rzeczy można by wrócić. Właśnie tutaj mogłaby być lekcja z dietetyki, na której się pokazuje, jak zrobić dobrą, pożywną, a jednocześnie dietetyczną potrawę. Myślę, że tu także jest jeszcze wiele, wiele rzeczy do zrobienia.

Na pewno edukacja i nauka na studiach, jeżeli chodzi o medycynę. Myślę, że to też jest ważne, że lekarze powinni dostrzegać, że wiele schorzeń jest związanych z nadwagą i nie jest tak, że jeżeli zlikwidujemy nadwagę, to te schorzenia znikną, bo pewne zmiany czasem są już utrwalone. Nie można więc wszystkiego zrzucać na karb nadwagi czy otyłości. Tak jak pani poseł powiedziała – jeśli pani schudnie, to będzie wszystko OK. No

tak nie będzie. Jest to jakby połowiczne rozwiązywanie problemu, a nawet praktycznie nierozwiązywanie go.

Na koniec, jeśli chodzi o karetki bariatryczne i inne sprzęty – bo chodzi nie tylko o karetki bariatryczne – może ja odpowiem konkretnie, ile jest, na piśmie, ale rzeczywiście te karetki są przeznaczone dla tych pacjentów bardzo otyłych. Także w przypadku diagnostyki, na przykład tomografii komputerowej, nie wszystkie tonografy są przystosowane do takich pacjentów. Dlatego ja przedstawię na piśmie, gdzie takie sprzęty się znajdują, bo my to mamy zmapowane. Czasem jest taki problem, gdzie tego pacjenta skierować, żeby tę pomoc dostał, ale czasem jest problem – i to dość duży – jak tego pacjenta na przykład z piątego piętra znieść do karetki. Posiłkujemy się więc nie tylko zespołem ratownictwa medycznego, ale także strażą pożarną, bo to jest czasem naprawdę dość duży problem. Ale tacy pacjenci także są i trzeba im tę pomoc nieść.

Ja dziękuję jeszcze raz za te państwa spostrzeżenia, bo myślę, że wszyscy się zgadzamy, że jest to bardzo duży problem, który także w następnych latach będzie dużym wyzwaniem dla całej ochrony zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Panie przewodniczący.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Jedno zdanie. Temat rzeczywiście jest bardzo ważny i wymaga pewnie koordynacji różnych działań. Panie ministrze, gorąca prośba odnośnie do Bydgoszczy. Tam zespół przeniósł się. Teraz zabiegi bariatryczne są wykonywane w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2, a nie w szpitalu wojskowym, a cały czas na liście jest szpital wojskowy. Dyrektorzy szpitali między sobą się porozumieli. Dyrektor szpitala wojskowego mówi, że on tego nie robi po prostu. Wykonajmy tę techniczną czynność, aby tam, gdzie są wykonywane te zabiegi, zresztą w bardzo dużej liczbie, było to przepisane – zmiana lokalizacji, gdzie to jest wykonywane, ze szpitala wojskowego na szpital uniwersytecki.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Panie przewodniczący, ja nie chciałem o tym mówić, bo będzie, że pan lobbuje na rzecz, ale ta decyzja już zapadła. Rzeczywiście ta…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

I to jest bardzo dobra decyzja, panie ministrze. Nic więcej nie mam do powiedzenia w tej sprawie.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Anna Kwiecień (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Bardzo dziękuję za wyczerpującą odpowiedź ze strony pana ministra. Bardzo dziękuję państwu posłom za interesujące wypowiedzi i ciekawe pomysły.

I cóż, zamykam posiedzenie Komisji. Protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Bardzo dziękuję i do zobaczenia.